Über

Prostata-Abscesse.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät der Universität Erlangen

vorgelegt

am 19. Dezember 1892

von

Franz Marth,

Cand. med. aus Bamberg.

Bamberg.

Druck der Humann'schen Offizin [Fr. Göttling].

1893.

Über

Prostata-Abscesse.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät der Universität Erlangen

vorgelegt

am 19. Dezember 1892

von

Franz Marth,

Cand. med. aus Bamberg.

Bamberg.

Druck der Humann'schen Offizin [Fr. Göttling].

1893.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535708_0188

Herrn Dr. Lothar Rebinger,

kgl. Hofrat,

Oberarzt der chirurgischen Abteilung

am

KRANKENHAUSE ZU BAMBERG

in

tiefster Verehrung und Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Referent: Professor Dr. v. Heineke.

Prostata-Abscesse sind im Ganzen recht seltene Erkrankungen.

Einschlagende Fälle sind von Lallemand, Guthrie, Ricord, J. Adams, Thompson, dann in neuerer Zeit von Dittel und Reverdin und A. publicirt.

Es ist wohl ein Zufall, dass im Jahre 1890 drei dergleichen Fälle, von denen zwei zu beobachten ich die günstige Gelegenheit hatte, im Krankenhause zu Bamberg zur Beobachtung und zum Theil zur Operation kamen und zwar: Einer mit gleichzeitiger respektive nicht lange zuvor acquirirter Gonnorrhö, einer mit sehr enger Harnröhrenstriktur und Prostatahypertrophie, eitrigem Blasen- und Nierenbeckenkatarrh, und endlich ein vorher ganz gesunder Mann, bei dem durchaus keine Veranlassung für die Prostataeiterung zu finden war.

Ehe ich zur Beschreibung der Aetiologie, Krankheitssymptome, sowie der Mittheilung der Krankengeschichten übergehe, erlaube ich mir eine anatomische und speziell noch eine topographisch-anatomisehe Beschreibung der Prostata vorauszuschicken:

Die Prostata, die in Gestalt und Grösse im Allgemeinen mit der einer Kastanie übereinstimmt, umgibt das Vesikalende der Urethra und befindet sich somit bei Rückenlage unmittelbar vor der Blase; bei aufrecht gedachter Körperstellung steht dieselbe vollständig senkrecht mit der Basis nach oben und der Spitze nach unten. Ihre vordere, etwas concave, Fläche ist gegen die vordere Beckenwand gerichtet und an die Symphyse durch die Ligamenta pubo prostatica angeheftet, ihre hintere Fläche ist convex mit einer seichten, mittleren Vertiefung entsprechend dem Verlauf der Harnröhre und hängt mit der vorderen Mastdarmwand durch straffes fettloses Bindegewebe zusammen. Die Seitenränder der Drüse sind convex,

ragen etwas hervor und sind von den vorderen Muskelbündeln des Musculus levator ani bedeckt und theilweise auch umgeben. Die Basis oder der obere Rand ist in der Mitte etwas eingebogen, was der hinteren Fläche Aehnlichkeit mit einem Kartenherzen verleiht. Die Harnröhre durchbohrt die Prostata etwas vorderhalb der Basis, so dass der unterhalb der pars prostatica der Harnröhre befindliche Drüsentheil um ein Drittel länger ist als der oberhalb derselben. An der Basis der Drüse springt beiderseits die Rundung eines Seitenlappens hervor und zwischen diesen befindet sich eine Einsenkung; der Vorsprung eines dritten Lappens, falls er vorhanden, liegt zwischen dem Orificium urethrae internum nach oben und den Ducti ejaculatorii nach unten. Ausser der Harnröhre umfasst die Prostata noch das untere Ende der Samenleiter und den zwischen diesen gelegenen Ueberrest der Müller'schen Gänge, die sog. Vesicula prostatica oder den Uterus masculinus. Die Entfernung der Harnröhre von der hinteren Fläche der Prostata beträgt in der Höhe des Orificium vesicale 20 mm, in der Mitte der Prostata 12 mm und in der Nähe des Diaphragma urogenitale 8—9 mm (v. Gerlach).

Die vordere Fläche der Prostata ist in ihrem obersten Dritttheil von der Fascia pelvis i. e. von den Lig. puboprostatica überzogen, die unteren beiden Dritttheile durch Bindegewebe, das die sog. Plexus venosi Santorini enthält. Ebenso sind die Seitenflächen der Prostata von dem Santorinischen Venen-Plexus umgeben und rechts und links von demselben verlaufen die vordersten Ursprungsbündel des Levator ani nach ab- und rückwärts.

Diese Muskelfaserzüge sind jedoch von der Prostata durch fibröse Scheidewände geschieden, welche ihren Ursprung von der Fascia pelois nehmen, nach abwärts mit dem Diaphragma urogenitale und nach rückwärts mit der Fascia recto-vesicalis in Verbindung treten. Durch das Diaphragma urogenitale wird das Perineum in zwei von fibrösen Wänden umgebene Fächer geschieden, in ein unteres, das die Perinealmuskeln, sowie die Schwellkörper des Penis und der Urethra und in ein oberes, das die Prostata enthält. Die Grössenverhältnisse

der Prostata sind deshalb so schwankend, weil sich ihre Grenzen nicht genau nach allen Seiten ziehen lassen.

Nach den genauen Untersuchungen von Thompson, C. Bell, Gross, Deschamps und Messer ist die Prostata beim neugeborenen Knaben sehr klein und bleibt so bis zur Pubertät. Erst um diese Zeit findet eine bedeutende Vermehrung der Drüsensubstanz des Organes statt. Die gefundenen Mittelzahlen bei gesunden Erwachsenen sind folgende:

Grösster transversaler Durchmesser
nahe der Basis 34—51 mm am häufigsten 44 mm.
Länge 33 - 45 mm „ „ 34 mm.
Grösster Dickendurchmesser 13—24 mm „ „ 15 mm.
Gewicht 13,7—21,3 gr. Mittel: 16—17 gr.

Ihrem histologischen Baue nach besteht die Vorsteherdrüse nur zum kleineren Theil aus acinöser Drüsensubstanz, die in zwei grösseren und in einer Reihe kleineren Ausführungsgänge zu beiden Seiten der Mitte in die Harnröhre münden. Die Hauptmasse des Organes besteht aus glatter und quergestreift er Musculatur, welche zwischen den Drüsenläppchen gelegen und in nächster Beziehung zur Harnröhre steht. Gegen die Harnröhre verdicken sich die Fasern zu einer dickeren Ringmuskellage (Musculus sphincter vesicae internus). An der äusseren Oberfläche der Prostata finden sich ebenfalls reichlich glatte Muskelfasern, die an Bündel quergestreifter Fasern (Musculus sphincter vesicae externus das ist ein Theil des Musculus transversus perinei profundus) angrenzen. Der hinter der Harnröhre gelegene Theil könnte als Drüsenregion, der vor derselben gelegene Theil, weil fast keine Drüsen enthaltend, als der muskulöse Theil bezeichnet werden.

Die Nervenversorgung der Prostata ist noch nicht genügend erforscht.

Nach Thompson gehen ansehnliche Nerven für die Prostata und deren Umgebung aus dem Plexus hypogastricus inferior sympathici ab und bilden einen Plexus prostaticus. Die Nerven lassen sich auf beiden Seiten zwischen Drüse und Levator ani zum Penis verfolgen und geben in diesem Verlauf kleine Zweige an die Drüse ab. Mit Blut wird dieselbe von

der Arteria vesicalis inferior und der Arteria haemorrhoidalis medialis versorgt. Die Venen der Drüse ergiessen sich in den Plexus pubicus impar (Henle) oder Plexus venosus Santorini. Die Lymphgefässe der Prostata verlaufen in Begleitung der Venen und liegen auf der Fascia propria, sie gehen zu den die Vasa iliaca begleitenden Lymphgefäsen. (Thompson.)

Ueber die physiologische Bedeutung des Prostatasaftes, der dünnflüssig, milchig, amphoter oder leicht sauer reagirend ist und den Samengeruch besitzt, schreibt P. Fürbringer: „Vielleicht verleiht der Prostatasaft den Samenfäden den für ihre Befruchtungsfähigkeit nothwendigen Bewegungsanreiz.“

Von den pathologischen Veränderungen interessirt uns hier, wie wir bereits erwähnten, nur die Abscessbildung. Sie gehört, wie bereits erwähnt, wohl zu den seltensten Vorkommnissen im Gebiete der Pathologie der Prostata.

Die Entwicklung solcher Abscesse kann entweder in Form einzelner kleiner Heerde erfolgen, oder es bildet sich ein grosser Abscess aus.

Nicht immer ist die Unterscheidung von der Hypertrophie leicht, in einem Fall von Dittel konnte erst bei der Sektion entschieden werden, dass es sich nicht um einen Abscess, sondern um weiche glanduläre Hypertrophie handle.

Von ätiologischen Momenten wären aufzuführen: akute, seltener chronische Prostatitis, Trauma besonders durch Katheterverletzung, Steinfragmente, Fremdkörper, Gonorrhö, vielleicht auch andere Harnröhrenentzündungen, endlich parenchymatäse Injektionen in das Drüsengewebe. Nur nebenbei seien die Eiter- und Jauchehöhlen, die durch tuberculösen oder carcinomatösen Zerfall der Vorsteherdrüsse sich bilden können, erwähnt. Ueber den Sitz der Abscesse im Beginn, oder mit anderen Worten, von welchem Punkte sie gewöhnlich ausgehen, ist nur zu bemerken, dass sie sich bei Traumen von der Harnröhre her, wahrscheinlich mehr gegen diese hin, vom Mastdarm aus vermuthlich mehr im hinteren Theil der Prostata etabliren werden, doch kommt es natürlich ganz darauf an, wo und wie tief das verletzende Instrument eingedrungen ist.

Der Umstand, dass die Prostata fast nach jeder Richtung von derben, sehnigen, der Weiterwanderung des Eiters

energisch Widerstand leistenden Gebilden umgeben ist, erlaubt zunächst die Senkung respektive Ausbreitung der Abscesse nur innerhalb der fibrösen Prostatakapsel, falls sie die Grenze der Drüse überschreiten, und schützt zunächst gegen die Perforation nach dem Peritoneum, nach der Blase und nach dem Mastdarm hin.

Spontane Heilung von Prostata-Abscessen durch Eindickung des Eiters zu einer kalk- oder mörtelartigen Masse ist äusserst selten. Gewöhnlich durchbrechen sie die Drüsenkapsel und entleeren ihren Eiter in die Umgebung, perforiren die vordere Mastdarmwand, oder sie verbreiten sich gegen den hinteren Rand der Drüse hin in das Beckenzellgewebe, erzeugen Beckenphlegmone, Pericystitis oder durch Perforation des Peritoneums meist rasch tötliche Peritonitis. Weiter kann der Abscess zwischen Harnröhre und Mastdarm nach abwärts gegen das Cavum ischia-rectale hinwandern und schliesslich nach dem Damm durchbrechen; dann auch kann Heilung eintreten. Durchbrüche in den Mastdarm sind immer langwierig und schmerzhaft, selbst wenn eine gegen die Umgebung abgrenzende Infiltration vorhanden ist und wenn sie auch oft schliesslich zur Heilung führen; sie können multipel sein und in noch andere schlimmere Formen übergehen.

Der Durchbruch nach der Harnröhre — eine ziemlich häufige Erscheinung — verläuft meist günstiger. Der Abscess entleert gleich den grössten Theil oder eine gewisse Quote seines Inhaltes durch die Perforationsöffnung. Selten cessirt dann die Eiterung in der Abscesshöhle, sondern letztere füllt sich ganz oder teilweise wieder. Wenn die Spannung grösser wird, beim Stuhl, bei der Harnentleerung, überhaupt, wenn der Levator ani sich contrahirt, treten dann wieder einige Eitertropfen in die Harnröhre. So verkleinert sich der secernirende Hohlraum immer mehr, bis sich schliesslich seine Wände berühren, mit einander verkleben und verwachsen.

Die Senkung des Eiters nach dem Damme hin verläuft ebenfalls meist günstig, wenn nicht der Eiter zugleich noch andere Wege nimmt, wenn der Durchbruch mit grosser Oeffnung und frühzeitig erfolgt, besonders aber, wenn frühzeitig und ausgiebig incidirt wird.

Nur kleine Abscesse kann man nach dem Durchbruch sich selbst überlassen, bei grösseren Abscessen mit kleiner Oeffnung muss man entweder die letztere erweitern oder doch durch Ausdrücken und Ausspühlen die Heilung herbeizuführen suchen. Das Erstere ist nicht immer möglich und nicht ungefährlich, das letztere oft erfolglos, die Abscesshöhle füllt sich immer wieder, der Eiter verbreitet sich nach anderer Richtung, kann schliesslich Blase oder Peritoneum perforiren, oder noch an mehreren anderen Stellen durchbrechen. Es könnte nach solchen Durchbrüchen zum Eintritt von Harn in die Abscesshöhle allenfalls auch von Faeces, Durchbruch einer naheliegenden adhärenten Dünndarmschlinge kommen; [1]) schliesslich kann durch die langedauernde consumirende Eiterung durch Pyämie der Tod erfolgen. Anderseits kann ein bestehender Blasenkatarrh beträchtlich verschlimmert werden, oder es kann ein eitriger Blasenkatarrh entstehen. weitere Consequenzen können dann einfache oder eitrige Nierenbeckenkatarrhe, Nierenabscesse sein mit Ausgang in Pyämie mit Urämie oder in jede von diesen beiden sein.

Einen günstigen Verlauf kann man nur dann erwarten, wenn der Abscess sobald als thunlich und an günstiger Stelle eröffnet wird.

Ein solches Vorgehen ist aber nur möglich, wenn die Diagnose frühzeitig oder wenigstens rechtzeitig d. h. vor eingetretener spontaner Perforation gestellt wird.

Die Aetiologie gibt immer schon einigen Anhalt und die Ermittlung eines vorausgegangenen Trauma's einer bestehenden oder überstandenen Gonorrhö einer Harnröhrenstriktur, der Erscheinung von Prostatahypertrophie ist von grosser Wichtigkeit; denn leider sind die Symptome in vielen Fällen im Anfang oder längere Zeit hindurch nicht prägnant und durch die gleichzeitig bestehende chronische Prostata-Harnröhren- oder Blasenerkrankung verdeckt und undeutlich, oder sie können als Symptome einer solchen Erkrankung gedeutet

1) Gewöhnlich ist dies allerdings nicht der Fall, die Durchbruchsöffnung hat infolge ihrer Form und Richtung einen Klappenverschluss, der wohl dem Abscess-Inhalt den Austritt, nicht aber ausserhalb gelegene Flüssigkeiten etc. den Eintritt gestattet.

werden. Im Anfang kann Fieber ganz fehlen (siehe Fall B.), oder es ist heftiges Fieber, sogar mit Schüttelfrost, Blasenerscheinungen, Tenesmus der Blase und Harnröhre vorhanden, aber die lokale Schwellung ist unbedeutend, nicht besonders druckschmerzhaft und prall, die vorhandene empfindliche Prostataschwellung lässt sich ebensogut auf eine akute Prostatitis oder eine Prostata-Hypertrophie mit momentaner Entzündung, wie in Fall E., beziehen. Dazu kommt später ein weiteres Hinderniss für die Diagnose, wenigstens in der Privatpraxis: dass ängstliche und empfindliche Patienten, wenn die Untersuchung einmal sehr schmerzhaft war und besonders längere Zeit empfindlichen Tenesmus des Mastdarms etc. hinterlassen hat, eine weitere Exploration per anum nur ungern und widerwillig zugeben, durch Bewegungen, Pressen etc. stören, oder unterbrechen, bevor man sich genau orientieren konnte. Streng genommen muss man sich aber doch täglich oder doch, wenn irgend eine Erscheinung dazu auffordert, von der Lage der Dinge überzeugen.

Die Chloroformnarkose wird auch nicht immer zugegeben, sie hat zuweilen ihre Bedenken und wir können in der Narkose ein wichtiges Symptom nicht konstatiren, das ist die Druckempfindlichkeit und besonders den Punkt der grössten Druckempfindlichkeit. Diese Unklarheit der Symptome erklärt es, warum gewiss verschiedene Prostata-Abscesse überhaupt nicht diagnosticirt werden. Die prägnantesten Erscheinungen sind rasch auftretende, schmerzhafte Prostata-Schwellung mit Strangurie, Tenesmus der Blase und des Mastdarmes, Gefühl des Vollseins, der Schwellung eines Fremdkörpers im Perineum und Mastdarm, Ischurie, während doch bei einzelnen Fällen der Katheter auf kein oder kein nennenswerthes Hinderniss stösst. Die Aufmerksamkeit muss besonders dann auf das Vorhandensein eines Prostata-Abscesses gelenkt werden, wenn die Erscheinungen durch einen Schüttelfrost eingeleitet wurden, wenn die Fröste sich wiederholen, oder remittirendes ansteigendes Fieber schon in den ersten Tagen vorhanden ist. Später, wenn die Schwellung der Drüse zunimmt, der Eiterheerd sich vergrössert und ganz in der Nähe der Harnröhrewand sich entwickelt, so kann

oder wird wahrscheinlich durch Vorbauchung seiner Wand die Harnröhre verengt, der Katheterismus erschwert, oder gar unmöglich werden; dasselbe würde eine vorwiegende Schwellung des Mittellappens bewirken. Pathognostisch ist das Auftreten einer fluctuirenden oder weichen, nachgiebigen, eindrückbaren, intensiv druckschmerzhaften Stelle in der im Uebrigen harten oder hart-elastischen Drüse. Pathognostisch für einen nach der Harnröhre perforirten Abscess ist plötzliche tropfenweise Eiterentleerung durch die äussere Harnröhrenmündung bei Druck auf die oder eine bestimmte Stelle der Prostata. Dabei kann man fühlen, wie sich die vorher convexe prallelastische oder fluktuirende Stelle eindrücken lässt. Die entstandene Grube gleicht sich entweder bei Nachlassen des Fingerdruckes wieder aus, oder sie bleibt bestehen und verstreicht erst nach einigen Stunden, wenn der Abscess sich wieder gefüllt hat, oder überhaupt nicht mehr.

Bei Durchbruch in die Blase kommt eine grössere Eitermenge mit dem sonst klaren oder nur wenig trüben Harn; bei spontaner Mastdarmperforation fliesst Eiter aus der Afteröffnung, er wird allein oder mit dem Stuhle entleert, oder er hängt an den Fäces.

Charakteristisch für den Durchbruch in das periurethrale Bindegewebe ist das Undeutlichwerden der vorher scharf konturirten, hochgradig vergrösserten und geschwollenen Prostata bei gleichzeitiger Ausbreitung der Geschwulst in die Fläche resp. Umgebung. Während in der einen Reihe von Fällen die Abscedirung rasch erfolgt, der Verlauf also ein acuter oder subacuter ist, ist er ein anderes Mal ein mehr chronischer und schleichender, oder es sind allerdings gleich im Anfang stürmische Erscheinungen vorhanden, wie Schüttelfrost mit heftigem Fieber, Strangurie und Ischurie, aber an der Prostata nichts oder nichts Charakteristisches nachzuweisen, wie im Fall E., andere Erscheinungen treten in den Vordergrund, die Lokalerkrankung macht scheinbar geringe Beschwerden, weil sie sich langsam entwickelt, erst die Ausbreitung in die Umgebung der Drüse macht wieder auf sie aufmerksam. Man sieht mit Erstaunen, welchen Umfang der Prozess inzwischen gewonnen hat, oder mit anderen Worten: der Ver-

lauf ist anfangs ein akuter, später ein chronischer. Also nicht nur vom therapeutischen Standpuncte aus empfiehlt sich in zweifelhaften Fällen eine gefahrlose Freilegung der Prostata, sondern auch vom diagnostischen und zwar soweit, dass man sie ausgiebig besehen und betasten kann. Die Drüse muss dabei soweit entblösst, so gut vom Damme aus zu erreichen sein, dass es gelingen muss, den vorhandenen Eiter ohne Gefahr von Nebenverletzungen ausgiebig zu entleeren und ihm für den weiteren Verlauf freien Abfluss zu verschaffen; denn nur vom Damm aus ist es möglich, sich das erkrankte Organ so zugänglich zu machen, dass man sich sowohl die Diagnose sichern, als auch gleich den nöthigen operativen Eingriff anschliessen kann. Selbst wenn ein grosses Speculum in den Mastdarm eingeführt wird, kann man sich weder durch das Gefühl noch durch das Auge über die Verhältnisse der Prostata genügend orientiren.

Jede Art von Spiegel macht die Conturen der Prostata undeutlicher und rückt sie durch Verlängerung des Mastdarmes bei Spannung seiner Wand scheinbar in die Höhe.

Die Prostata ist hier nur in beschränktem Maasse der Digitaluntersuchung und einem allenfallsigen und operativen Eingriff, wie er bei Prostataabscessen im Beginn gemacht werden muss, schwer zugänglich. Das Vorgehen vom Damm aus ist schon vor längerer Zeit von Thompson und Dittel vorgeschlagen und geübt und in einer Publication in der Wiener klinischen Wochenschrift 1889 Nr. 21—23 dringend empfohlen und mehrfach ausgeführt, dann Centralblatt für Chirurgie 1891 Nr. 37 von Seyond und Reverdin, von Letzterem mittelst desselben Schnittes wie im hiesigem Krankenhause, ausserdem von Guyon von der Medianlinie des Dammes und Demarquay (Incision vor dem After oder seitlich in der Raphe.) Die erste Parineal-Incision eines Prostata-Abscesses wurde von Lallemand ausgeführt.

Vor Thompson und Dittel begnügte man sich meist mit Incision oder Punktion vom Rectum aus, oder man wartete den Spontan-Durchbruch ab.

Dittel empfahl wie Thompson zur Eröffnung der Prostata Abscesse vom Damm aus einen Medianschnitt resp. das Ein-

stossen eines Troicarts in die Prostata. Das Instrument soll vor dem Mastdarm eingestochen, längs der vorderen Mastdarmwand emporgeschoben werden und so zur Prostata gelangen. Fliesst Eiter durch die Canüle, so wird die Wunde mit dem Messer und Stumpf erweitert, man muss aber doch offenbar gerade hier den anatomischen Verhältnissen Rechnung tragen.

Betrachten wir also zunächst, welche Gewebe wir spalten, welche Organe wir umgehen müssen, um von unten her zur Prostata zu gelangen. Nach Durchschneidung der Haut und des subcutanen Gewebes müssen wir zunächst die sehnige Verbindung zwischen Bulbo-cavernosus und Sphincter ani externus trennen, den Bulbus urethrae nach vorne ziehen, die bindegewebige Verbindung des Rectum mit den tiefen Perinealgebilden lösen und durch möglichstes Zurückdrängen des Mastdarmes die Wunde soweit dilatiren, dass die bei Abscessen von der Dammhaut aus etwa 6—8 cm tief liegende Drüse zugänglich wird. Von Muskeln wird nur etwa der Levator ani bei seitlicher Erweiterung der Wunde verletzt, von Gefässen nur einige Zweige der Arteriae und Venae haemorrhoidales inferiores und möglicher Weise einige Aestchen der Arteria transversa perinei, von Fascien eine Fascia superficialis, die dünne Fascie über den Levator ani und der hinteren Prostatafläche.

Wir dringen nicht durch einen vorgebildeten Hohlraum vor, sondern durch einen engen, nach unten durch das Centrum tendineum abgeschlossenen Querspalt, der nach oben sich erweitert, nach hinten wird er vom Rectum, nach vorne und unten, sowie nach vorn vom Musc. bullo-cavernosus, bulbus urethrae, lig. triangulare und pars membranacia urethrae begrenzt. Ueber dem Bulbus urethrea kann die Erweiterung der Wunde hauptsächlich nur auf Kosten des Rectums in der Richtung nach unten geschehen: Das Lig. triangulare gibt einem stumpfen Zuge nur wenig nach und aussen liegen die unverschieblichen, aufsteigenden Sitzbeinäste. Eine genügende Haut- und Weichtheilwunde ist aus folgenden Gründen nothwendig:

1) Um die Prostatavenen resp. die Venen des Plexus Santorini zu vermeiden,

2) weil die Drüse oft sehr hoch steht,
3) weil wir es mit blutüberfüllten Geweben und
4 mit abnormen anatomischen Verhältnissen zu thun haben.

Da ein Prostata-Abscess vom Mastdarm aus manchmal erst nach langer Zeit oder gar nicht diagnosticirt werden kann, da die Incision vom Mastdarm aus die Antiseptik preisgibt, und da ferner die bedenklichsten Zustände auftreten können, bis Spontandurchbruch erfolgt, so glaube ich, dass die Eröffnung vom Damm aus, wie sie von Herrn Hofrath Dr. Nebinger im Krankenhause zu Bamberg in den später beschriebenen Fällen ausgeführt wurde, den Vorzug vor anderen Verfahren verdient.

Eine Wunde, wie sie beim medialen und lateralen Steinschnitt angelegt wird, gibt zu wenig Raume und keine genügende Einsicht und beides ist doch bei der Tiefe der Wunde, der vorhandenen Blutüberfüllung, der schon unter normalen Verhältnissen sehr blutreichen Organe und Gewebe, und bei der Möglichkeit, wichtige Theile zu verletzen, dringend nothwendig.

Desshalb wurde von Herrn Hofrath Dr. Nebinger eine Methode gewählt, die im Wesentlichen den Bilateralschnitt nach Dupuytren oder den präanalen Steinschnitt nach Nelaton nachahmt. Nach vorheriger Entleerung von Blase und Darm, Schnitt von einem Tuber ossis ischii zum andern, concav gegen die Anusöffnung und $1^1/_2$—2 cm vom vorderen Rand derselben je nach der Form des Dammes entfernt. Scharfe Trennung des Centrum tendineum, stumpfe Ablösung des Bulbus urethrae und der mit Nelaton-Katheter armirten Pars membranacea urethrae vom Rectum, stumpfes Vordringen mit dem Finger bis zur Prostata. Hat man die Gegend der Prostata erreicht, so wird durch ein gutspiegelndes, kleines, vernickeltes Rinnen-Speculum für die vordere Scheidenwand das Rectum stark nach rückwärts, Bulbus urethrae, Lig. triangulare und Harnröhre durch zwei seitlich eingesetzte stumpfe Hacken kräftig nach vorwärts gezogen. Zwischen den nun stark gespannten und desshalb wenig gefüllten, seitlich liegenden Prostatavenen wird möglichst in der Mitte die prallste Stelle resp. eine fluktuirende oder prall elastische

Stelle der Drüse oder vorliegenden Abscesswand mit einem kleinen, scharfen Löffel oder spitzen Thermokauter, eventuell an mehreren Stellen stumpf durchbohrt; fliesst Eiter ab, so wird die vorhandene Oeffnung stumpf oder mit Thermokauter, Knopfmesser oder spitzen Skalpell zunächst in der Längsrichtung des Dammes erweitert, wenn nicht, noch einige weitere Stellen perforirt, bis man auf Eiter stösst, oder sich überzeugt hat, dass ein Abscess nicht vorhanden ist.

Je nach der Ausdehnung und Lage des Abscesses werden dann noch kleinere scharfe oder stumpfe Dilatationen in querer oder schräger Richtung hinzugefügt, bis der Eiter frei und leicht abfliesst, die Höhle nach jeder Richtung hin abgetastet werden kann und kein Recessus mehr bleibt.

Fetzige und gangränöse Partien werden mit Löffel, Thermokauter oder Scheere entfernt, ev. kann auch der Levator ani seitlich mit dem Thermokauter eingeschnitten werden.

Die Wundhöhle wird mit sterilisirter oder Jodoformgaze tamponirt, die Hautwunde entweder offen gelassen oder bis auf eine ungefähr 3 cm lange, mediane Trainlücke über dem Tampon vernäht.

Verweilkatheter.

Tampon wird am 8. Tag erneuert, die Ausstopfung der Wunde so lange fortgesetzt, bis die Eiterung von oben her cessirt respective die Höhle von oben her sich schliesst.

Der Katheter bleibt ca. 14 Tage bis 3 Wochen liegen, jedenfalls solange, bis die Prostata gänzlich abgeschwollen ist und die Spontan-Entleerung des Harns anstandslos vor sich geht.

Wenn man streng darauf hält, nur das Centrum tendineum einzuschneiden, Muskeln, Bulbus urethrae und Prostatavenen nicht zu verletzen, so ist der Blutverlust ein sehr geringer. Die Orientirung ist infolge der Grösse des Schnittes und durch das spiegelnde Speculum, das die Höhle kraftvoll und doch schonend erweitert, eine recht gute und nicht sehr schwierige.

Bisher wurden von Herrn Hofrath Dr. Nebinger zwei Fälle in der genannten Art operativ behandelt.

Ein grosser Prostata-Abscess bei gleichzeitig bestehender Gonorrhoe bei einem 27 jährigen, und ein weiterer bei einem 47 jährigen Manne, der vorher ganz gesund war. Bei Ersteren wurden etwa 100 gr., bei Letzterem etwa 70– 80 gr. dicken gelben Eiters entleert. Bei beiden war, nach der Eitermenge und dem Befund bei der Operation zu schliessen, bereits die Prostata durchbrochen, es hat sich also um einen prostatischen und periprostatischen Abscess gehandelt.

Bei beiden ist die Heilung ohne Nachtheil erfolgt und hat die Prostata wieder ihre normalen Dimensionen erreicht. Beide Fälle wurden im Laufe des Jahres 1890 operirt.

Bei einem anderen Fall von Prostata-Abscess mit mehr chronischem Verlauf, bei einem Manne von 54 Jahren, wurde der Abscess erst beinahe 9 Wochen nach der Erkrankung (30. April 1886) geöffnet: es war bereits zur eitrigen Infiltration des Bindgewebes des Cavum ischiorectale gekommen, während die vorher hochgradig geschwellte Prostata fast ihre normale Grösse wieder erlangt hatte.

Ausgang in vollständige Heilung. Zwei andere Fälle nach Jodinjektionen in die hypertrophische Prostata wurden vom Mastdarm aus incidirt (1879 und 1884.)

Der erste Patient, ein Mann anfangs der 60er Jahre, wurde erst nach langer Zeit nach langedauernder Eiterung, Fieber und hochgradigem Darniederliegen geheilt.

Seine Prostata-Hypertrophie und ihre consekutiven Beschwerden waren dann allerdings gänzlich verschwunden, er wurde wieder rüstig und kräftig, die Harnentleerung war vollständig normal, ein Katheter nie mehr nothwendig.

Der andere, ebenfalls ein Mann in den 60er Jahren, erlag seinem eitrigen Blasen- und Nierenbecken-Katarrh, unter langwieriger Eiterung.

Bei einem weiteren Patienten Anfangs der 70er Jahre, dem wegen hochgradiger Prostata-Hypertrophie und Harnverhaltung eine parenchymatöse Jodinjektion applicirt worden war, (1877) erweiterte die Prostata nur partiell und entleerte sich der Abscess durch die Harnröhre; es musste jedoch zuvor wegen Harnverhaltung die Blasenpunktion über der Symphyse gemacht werden. Der Enderfolg war der ge-

wünschte, indem der Patient nach seiner Heilung nie mehr einen Katheter gebrauchte.

Krankengeschichten.

Aufnahme 30 I 90: B., Joh., 49 Jahre alt, Oeconom von Medensdorf; vorher immer gesund, nie an Geschlechtsleiden durch Infection erkrankt; seit 27. Januar 1890 Nachts 10 Uhr plötzlich Harnverhaltung unter riesigen, stetig zunehmenden Schmerzen an der Eichel, tief innen im Damm, im Mastdarm und in der Unterbauchgegend, mit hochgradigen Tenesmus vesicae, der sich anfallsweise heftig steigert. Hie und da gingen unter ganz vorübergehender Erleichterung der Beschwerden einige Tropfen Harn ab. Vollständige Schlaflosigkeit.

Erste Untersuchung am 28. Januar Nachmittags:

Patient mittelgross, kräftig, ziemlich gut genährt, hat offenbar die fürchterlichsten Schmerzen. Er jammert und tobt fortwährend, meist kniet er im Bett auf die Ellenbogen gestützt, dann wirft er sich wieder herum, oder er strengt die Bauchpresse in hockender Stellung krampfhaft an, um etwas Urin zu entleeren.

Der Blasenvertex steht in der Nabelhöhe, die Blase selbst bildet einen sehr druckempfindlichen eiförmigen, steinharten, wenn die Bauchmuskeln etwas abgespannt sind, prall-elastischen Tumor mit convexer Oberfläche.

Urin entleert sich erst, nachdem ein langer, mitteldicker Nelaton-Katheter (Jacques Patent) bis auf 5—6 cm seiner Länge in die Harnröhre eingeschoben ist und zwar in starkem Strahl und einer Quantität von 2 Litern oder mehr. Harn ist dunkelgelb, klar von spezifischem aromatischem Geruch ohne Eiweiss und Zucker.

Patient fühlt sich danach sehr erleichtert, schmerzfrei, will aber von einer weiteren Untersuchung in specie per anum nichts wissen, schläft sofort ein.

Dauerkatheter.

Am 2. Februar: Aufnahme in das Krankenhaus zu Bamberg.

Dauerkatheter wird entfernt, dafür täglich zweimal Katheterismus.

Am 2. Februar immer noch derselbe Zustand, Prostata stark vergrössert, hart, wenig schmerzhaft bei Druck.

Am 4. Februar Schwellung und Schmerzhaftigkeit zurückgegangen. Entleerung von etwas Eiter durch die Harnröhre.

Freilegung der Prostata durch den früher beschriebenen Bogenschnitt. Harnröhre mit Katheter armirt. Prostata liegt hier sehr tief, desshalb die Freilegung schwierig. Der Weichtheilschnitt hatte in diesem Falle einen kleineren Radius als bei später operirten Fällen und reichte etwas weiter nach vorne. Die Abscesshöhle, ganz innerhalb der Drüse gelegen, entleert ziemlich viel Eiter. Sublimatgazetamponade.

Am 8. II. noch ziemlich starke Eiterung aus der Harnröhre und Incisionswunde, Leib etwas aufgetrieben und schmerzhaft.

Am 18. II. rechtsseitige Epididymitis Fricke. Nachlass der Eiterung aus der Harnröhre und Wunde.

Sekundärnaht der Perinealwunde mit Drain.

Am 16. III. ohne Katheter entlassen.

Am 26. III. die Wunde bis auf eine kleine Fistel rechterseits verheilt, Urin noch ziemlich trüb.

Später vollständige Heilung auch des Blasenkatarrhs.

S. Joseph, 67 Jahre alt, Arbeiter von Bamberg; vor circa 8 Tagen mit heftigen Leibschmerzen, Drängen und Krämpfen in der Blasengegend, heftiger Strangurie, erkrankt. Zunächst auf die medicinische Abtheilung verbracht. Ein dicker Nelatonkatheter ist nur schwer und unter grossen Schmerzen einzuführen.

5. II. Vollständige Harnverhaltung, Katheterismus unmöglich; Vorsteherdrüse hochgradig vergrössert und druckschmerzhaft, fast das ganze Mastdarmlumen ausfüllend.

Halbkreisförmiger Schnitt am Perineum, Freilegung der Prostata, letztere, von der Grösse einer Billardkugel, leicht erreichbar, sehr blutreich, von Consistenz prallelastisch, nirgends fluktuirend, wird in der Mitte mit scharfem Löffel durchbohrt, es entleert sich massenhaft dickes Blut, worauf die Einführung eines Nelathon-Katheters leicht gelingt, der als Dauerkatheter liegen bleibt. Tamponade der Wunde.

Nach der Operation Schüttelfrost, aber mit Temperatur von 37,2°

9. II. Katheterwechsel, stark blutiger Harn entleert. Dammwunde schön granulirend.

17. II. Sekundärnaht der Perinealwunde mit Drainlücke. Heilung am 31. III. Kann von da ab ohne Katheter uriniren.

Sch. A., 27 Jahre alt, früher nie krank, hat vor ca. 5 Wochen eine Gonorrhö acquirirt.

Die Harnröhreneiterung hat seit ca. 14 Tagen nachgelassen, dagegen fühlt er seit 8—10 Tagen starkes Brennen im Mastdarm nach dem rechten Sitzbeinhöcker hin und hat das Gefühl starker Spannung, so dass er selbst meint, es müsse sich im Mastdarm ein Abscess entwickelt haben. Ein 20 jähriger Bruder gestorben an Tuberkulose, die Mutter hustet zeitweise.

Stat. praes. 1. IX. 1890. Nachts: Patient gross, gut genährt, kräftig, geringer eitriger Ausfluss aus der Harnröhre, keine deutliche Schwellung der Perinealgegend. Harn etwas trüb, schwach sauer: beträchtliches Fieber, trockene Zunge.

2. IX. 90. Kein Nachlass der Beschwerden, der Harn geht nur schwer und nicht im Strahl ab. $1^1/_2$ cm. über der Anusöffnung beginnt an der vorderen Mastdarmwand eine gegen das Rectum hin convexe, gegen Druck, besonders tiefen Druck hochgradig schmerzhafte Geschwulst, die in vertikaler Richtung ca. 5 cm. weit emporreicht und die ganze Breite der vorderen Rektalwand einnimmt. Ihre Consistenz ist prall-elastisch, an einer umschriebenen Stelle fluktuirend respektive weich. Vom Sphincter ani ist nur der untere Rand und auf eine kurze Strecke hin krampfhaft zusammengezogen, darüber aber für den Finger leicht passirbar.

3. IX. 90. Die Beschwerden sind die gleichen geblieben. Das untere Ende der Prostataschwellung steht jetzt ca. $2^1/_2$ cm. über der Anusöffnung, das obere ist mit dem Zeigefinger noch knapp zu erreichen. Sie erscheint jetzt etwas platter und überall gleichmässig prall-elastisch.

Operation.

Nelatonkatheter in die Harnröhre, Steinschnittlage. Nach vorne convexer Schnitt von einem Tuber ossis ischii zum

anderen, in seiner Mitte $1^1/_2$ cm. vor der Anusöffnung liegend. Man dringt verhältnissmässig leicht und ohne viel Blutung in die Tiefe, nur die Arteriae hämorrhoidales inferiores müssen unterbunden werden. Alle Dammgebilde ausserordentlich deutlich.

Das Centrum tendineum wird in seinem grössten Durchmesser durchschnitten; bei der folgenden stumpfen Trennung des Bulbus urethrae vom Mastdarm werden einige Fasern des Bulbo-cavernosus eingerissen. Der Bulbus hat die Grösse einer kleinen Zwiebel, ist ausserordentlich blutreich und prall, Ligamentum triangulare derb, gut entwickelt. Dicht über demselben stösst man auf die wenig vorgebauchte Wand der Abscesshöhle. Anbohrung mit einem kleinen, scharfen Löffel, worauf dicker gelber Eiter ohne spezifischen Geruch sich entleert. Darauf Dilatation der kleinen Wunde in der Längsrichtung des Dammes, im Ganzen auf 5 cm. bis die ganze Abscesshöhle gut entleert ist und nach jeder Richtung hin abgetastet werden kann.

Die Abscesshöhle liegt teils innerhalb der hinter der Harnröhre gelegenen Partie der Prostata und theils nach hinten und oben von derselben mit einem ca. 2 cm. langen, etwas über Bleistift dicken Recessus nach vorn und rechts. Die Prostata ist stark vergrössert, ihr Gewebe, soweit es erhalten ist, succulent aber sonst normal, wie man an dem die Prostata selbst treffenden Schnittrand constatiren kann. Die Menge des entleerten Eiters betrug ungefähr 100 gr., derselbe ist grüngelb, ausserordentlich zähe und dick, so dass die einzelnen herabfallenden Tropfen sofort kugelig werden, und ohne spezifischen Geruch.

Bei der Eröffnung wurde, wie gewöhnlich, vorgegangen: Mastdarm mit Speculum nach hinten gezogen, Bulbus mit scharfen Hacken nach oben, die Wand der Eiterhöhle mit scharfem Löffel perforirt und dann mit Knopfmesser in der Längsaxe des Dammes auf 4—5 cm. dilatirt. Die Zugänglichkeit war eine sehr freie, die Abscessöffnung hinlänglich gross für den Abfluss; Tamponade der Wunde mit Jodoform-Gaze, Naht der Hautwunde über dem Tampon bis auf eine grosse mediane Drainlücke für das untere Ende des Tampon. Dauerkatheter.

5. IX. 92. Harn rothbraun, mit sehr reichlichen zähem Schleim, trockene Zunge, keine Schmerzen, Harn läuft noch durch die Wunde.

7. IX. Patient schwach ikterisch, kein Harn durch die Wunde, Tampon liegt noch.

8. IX. Harn etwas klarer, ohne deutliches Sediment, Patient mehr broncefarben.

12. IX. Tampon entfernt.

13. IX. Nähte entfernt, der ausgestopfte Theil der Höhle gut granulirend, der übrige Theil der Wunde linear vernarbt.

11. IX. Storcheigrosse Schwellung der linken Scrotalhälfte, linke Epididymis hart, schmerzhaft. Ikterus verschwunden. Harn hellbraun, schwach sauer, geringer, schleimig-eitriger Bodensatz. Katheter liegt noch.

14. IX. Fortdauerndes Fieber. Trockener Belag der Lippen und der Zunge, aber subjektiv gutes Befinden. Wunde gut granulirend, zweimarkstückgrosse, harte, geröthete Infiltration über der Cauda epididymitis sinistrae. Incision. Cauda vereitert.

17. IX. Immer noch abendliche Fieberexacerbationen, Zunge trocken, Harn neutral. Incision eines klein-faustgrossen Abscesses der Fossa iliaca, der sich inzwischen entwickelt hat.

19. IX. Noch immer intermittirendes Fieber, starke Diarrhöen. Katheter seit gestern entfernt, weil der Harn neben dem Katheter wegläuft; Blasenausspülung fortgesetzt. Zunge noch trocken, in der Mitte und an den Rändern feucht. Abmagerung, kein Appetit.

25. IX. Zunge feuchter, kein Appetit: Wunden granuliren gut und beginnen zu vernarben; Eichel excorirt; Harn ziemlich trüb, sauer, beim Stehen leicht alkalisch werdend.

30. IX. Harn klar. Zunge fast ganz rein, feucht, Scrotalwunde oberflächlich, Dammwunde verkleinert sich.

1. X. Gedächtnissschwäche, kindisches Benehmen, Patient will spazieren gehen etc.; sehr beträchtliche Hyperästhesie besonders der Harnröhre beim Katheterismus.

4. X. Harn wieder mit einem starken, schleimig-eiterigen Sediment; Damm und Scrotalwunde geheilt.

11. XII. Geheilt entlassen.

Nachdem nimmt Patient körperlich bald wieder zu. Der Harn wird allmählich klar; es besteht jedoch noch lange Zeit ein Zustand von Gedächtniss- und Willensschwäche.

Mitte August laufenden Jahres stellte sich Patient wieder vor in früherer Kraft und Gesundheit.

S. E., 54 Jahre alt, Patient ein grosser, kräftiger, etwas fettleibiger, sonst gesunder Mann, wurde vor Beginn der Prostataerkrankung wegen eines grossen Furunkels des rechten Handrückens, der am 12. Februar 1886 entstanden und am 17. Februar incidirt worden war, behandelt.

Am 2. III. klagte derselbe über Unbehagen, über Frost, Hitze, viel Durst, Urinbeschwerden, Harn geht oft und in geringen Mengen ab, ist klar aber frei von Zucker und Eiweiss, Schmerzen in der Spitze der Glans, Stuhlverstopfung, gastrische Beschwerden, gänzliche Appetitlosigkeit; Prostata nicht vergrössert.

Am 14. III. Fieber von remittirendem Charakter, Harnbeschwerden, Stuhlverstopfung bis jetzt andauernd, ebenso die Magenbeschwerden, Zunge sehr trocken.

Am 24. III. Schüttelfrost mit Temperatur über 39,5°; sehr beträchtlich gesteigerte Harnbeschwerden, Urin trüb, dunkel mit schleimigen Sediment, etwas eiweisshaltig, Abends Harnverhaltung, Katheterismus mit Nelatonkatheter ganz leicht. Entleerter Harn, etwa $^3/_4$ l., ist ausserordentlich dunkel und hat ein sehr zähes fadenziehendes, chokolade-

farbiges Sediment. (Mikroscopisch: Eiter, Spermatozoen, Blutkörperchen.)

Am 26. III. Anurie 19 Stunden lang, Katheterismus morgens vergeblich, erst in der Nacht entleert sich nach Einspülung von Borsäurelösung in die Blase über 1 Liter dunkel-trüben Harnes mit schleimig-eitrigen Sediment. Nur ein dünner Nelatonkatheter lässt sich einführen, ein dicker geht nicht in die Blase; Stuhlverstopfung, Tenesmus der Blase und des Mastdarms dauern fort, ebenso Appetitlosigkeit; besonders macht sich ein quälender Drang im Mastdarm fortwährend geltend.

Eine Rectumexploration ist hochgradig schmerzhaft und wird deshalb selten gestattet.

Auch heute zeigt die Blase hochgradigen, sehr schmerzhaften Tenesmus, der stundenlang andauert. Die Proctata ist mässig vergrössert, sehr prall und hochgradig druckschmerzhaft, aber von gleichmässiger hart-elastischer Consistenz.

Die Mastdarmschleimhaut besonders in der Prostatagegend sehr heiss anzufühlen und offenbar ödematös geschwellt.

Am 27. III. Alle früher bestandenen Beschwerden bestehen fort, auch Harnverhaltung. Urinentleerung nur nach Ausspülung.

Untersuchung in der Chloroform-Narkose ergibt dieselben Resultate wie gestern; Verengung der Harnröhre im prostatischen Theil, mässige Vergrösserung der Prostata mit gleichmässiger Consistenz, Oedem der Mastdarmschleimhaut. In der Nierengegend, überhaupt am Abdomen nichts Abnormes zu finden. Fieber andauernd, remittirend, trockene Zunge.

So dauern die Erscheinungen mit wechselnder Intensität, aber mit allmählicher Abnahme ihrer Heftigkeit fort bis Ende April. Tenesmus im Mastdarm und Stuhlverstopfung blieben constant.

Jetzt zeigte sich eine erst flache und undeutliche, druckschmerzhafte Schwellung der rechten Fossa ischiorectalis.

Am 30. April hatte sich dieselbe auch über das Tuber ossis ischii ausgebreitet, ihre Oberfläche war convex, handtellergross, von ödematöser und ganz schwach gerötheter Haut bedeckt.

Incision in der Cloroform-Narkose entleerte eine grössere Menge nicht sehr dicken, gelbgrünen Eiters ohne besonderen Geruch. Die Abscesshöhle hatte etwas unregelmässige Wände und erstreckte sich zwischen Mastdarm und Harnröhre bis zur Prostata und hinterem unteren Ende der Blase.

Sublimatgazetamponade.

Harn entleert sich weder jetzt, noch im weiteren Verlaufe durch die Wunde. Nachdem rasche Besserung, Appetit stellt sich ein, Urin wird klar, heller, Eiweissgehalt verschwindet, spontan entleert: das Fieber verschwindet; am längsten dauert die Stuhlverstopfung.

Die Wunde reinigt sich, nachdem sich mehrere 2—3 cm. lange bleistiftdicke Gewebsfetzen abgestossen haben.

Die Wunde ist Ende September 1886 vollständig vernarbt, die Prostata auf ihr normales Volumen reduzirt. Jedoch blieben die Reste eines heftigen Bronchialkatarrhs, der schon in der ersten Zeit der Erkrankung aufgetreten war, zurück. Bis Mitte April 1888 war Patient im Stande, seinem Geschäfte vollständig nachzugehen.

Am 12. April erkrankte er an einem über handtellergrossen Carbunkel der Nackengegend, der aber anstandslos heilte.

Im Sommer 1889 erlag er plötzlich einer Lungen-Embolie.

Epikrise.

Bei den meisten unserer Fälle hatte es sich nicht lediglich um abgeschlossene Abscesse der Prostata, sondern um bereits in die Umgebung durchgebrochene Eiterheerde, also sowohl prostatische, als periprostatische Abcesse gehandelt.

Der Fall des Herrn E. zeigt in sehr instruktiver Weise, wie solche Eiteransammlungen zwischen Mastdarm und Harnröhre nach abwärts gegen das Cavum ischio-rectale hin wandern können. Er gab auch Herrn Hofrath Dr. Nebinger den Anlass zu dem bei späteren Fällen eingeschlagenen Vorgehen vom Damm aus. Ein breiter Schnitt, der eine genügende Ablösung des Rectums erlaubte, musste ja viel früher auf den Eiterheerd führen und zugleich freie Einsicht in alle Verhältnisse geben, es war zugleich ein Fingerzeig der Natur für

den von aussen her zu wählenden Weg. Der Fall zeigt zugleich, wie gefährlich Prostataeiterungen werden können und wie langwierig ihr Verlauf bei zuwartendem Verhalten ist.

Ein weniger robuster, gesunder Körper und weniger günstige Lebensverhältnisse hätten wahrscheinlich einen schlimmen Ausgang nicht abhalten können.

Patient hatte ca. 46 Tage lang fast fortwährendes Fieber und sonst die qualvollsten Zustände, die nur durch sehr grosse Dosen von Morphium und Chloral etc. erträglich gemacht werden konnten. Ausserdem hatte er sehr lange Zeit mit den Folgezuständen seiner Erkrankung zu thun.

Der während der Erkrankung aufgetretene Bronchialkatarrh heilte niemals ganz wieder, während allerdings das Lokalleiden vollständig beseitigt wurde. Die Entstehung der Prostataeiterung ist in diesem Falle etwas räthselhaft. Die Prostata war vor der Erkrankung vollständig normal, ebenso eine abnorme Beschaffenheit des Harns nicht vorhanden. Vielleicht kann die Affektion mit dem Eiterungsprozess am rechten Handrücken in Zusammenhang gebracht werden.

Bei dem Fall B. ist eine Entstehungsursache mit Sicherheit gar nicht aufzufinden.

Der Fall Sch. endlich zeigt, wie perniciös gonorrhoische Prostataabscesse sein, wie rasch sie die Drüsenkapsel perforiren und in der Umgebung sich ausbreiten, wie schnell und ausgiebig sie das periprostatische Bindegewebe eitrig einschmelzen können.

Es ist hier sogar zu einer Metastase in der linken Leistengegend gekommen, abgesehen von der eitrigen Epididymitis, die ja ebensogut mit der Gonorrhö als mit der Prostataeiterung in Zusammenhang gebracht werden kann.

Bei dem Patienten S. hatte es sich nur um eine nicht eitrige Prostatitis acuta, wahrscheinlich bei bereits bestehender Prostatitis chronica, gehandelt.

Der Eingriff hat sich indessen als ein vollständig harmloser erwiesen und hat insoferne einen Nutzen gehabt, als er den Katheterismus möglich machte. Ferner wurde vielleicht durch denselben die Vorsteherdrüse wieder soweit reduzirt, dass im Weiteren die Harnentleerung möglich war.

Der Heilungsvorgang war möglicher Weise wie bei noch nicht vereiterten Pflegmonen nach der Incision.

Streng genommen gehört der Fall nicht hieher.

Dass die Perineal-Incision kein gefährlicher Eingriff ist, beweist der weitere Verlauf bei unseren Patienten hinlänglich. Es ist jedenfalls besser, wenn einmal ein Dammeinschnitt gemacht wird, ohne dass man einen Abscess findet, als wenn die Eröffnung eines vorhandenen Prostataabscesses unterlassen wird.

Die Operationswunde heilt zweifellos bei nicht vorhandener Eiterung sehr rasch wieder zu.

Der mit Injektion von Lugol'scher Lösung in die Prostata im Bamberger Krankenhause behandelte Patient, dem die Drüse grösstentheils vereiterte, wurde mit grosser Incision vom Mastdarm aus behandelt. (Der Eiter hatte hier auch schon die Prostata durchbrochen.) Die Heilung erfolgte erst nach langer Zeit und nach sehr gefahrdrohenden Erscheinungen. Das Resultat war allerdings ein ideales, wie nach längeren Jahren festgestellt wurde.

Die Prostata war ganz klein, Patient brauchte nie einen Katheter mehr, Urin stets klar und Harnbeschwerden nicht vorhanden.

Jedoch war der Verlauf nach der Incision vom Mastdarm aus, wie gesagt, geradezu abschreckend und Patient lange Zeit in hochgradiger Lebensgefahr. Der andere Kranke, der aus gleichem Anlasse vom Mastdarm aus incidirt wurde, erlag schliesslich seinem Leiden.

Wir möchten desshalb nochmals dringend die Eröffnung vom Damm aus befürworten.

Was das Symptomenbild betrifft, so möchten wir vor allen Dingen darauf aufmerksam machen, dass in den Fällen, in denen keine Prostatahypertrophie bereits vorhanden war, Harnverhaltung oder Strangurie bestand, während, wenigstens Anfangs, doch ein Nelatonkatheter anstandslos eingeführt werden kann.

Wurde der Katheter entfernt, so bestand der alte Zustand fort. Meist ist Temparatursteigerung, Gefühl von Völle, Geschwulstgefühl im Mastdarm vorhanden. Anfangs oder im

weiteren Verlauf auch heftiger Tenesmus im Rectum. Die Prostata selbst ist, wenn nicht Anfangs, so doch später, stets vergrössert, prall, schmerzhaft und fühlt sich heiss an.

Wenn Abscessbildung eintritt, ist intensive Druckschmerzhaftigkeit vorhanden und in der Narkose lässt sich gewiss meistens eine fluktuirende oder abnorm nachgebende Stelle in dem sonst prallen Tumor nachweisen. In irgendwie zweifelhaften Fällen sollte der Patient stets tief narkotisirt werden, weil die Untersuchung per rectum sehr schmerzhaft ist, der Kranke gewöhnlich stark presst, und oft eine ausgiebige weitere Exploration nicht gestattet.

Die Untersuchung wird am besten in Seiten- oder Rückenlage vorgenommen, in Steinschnittlage sind die Verhältnisse viel undeutlicher.

Eventuell ist auch die Einführung der ganzen Hand in das Rectum indicirt, um sich über die obere Grenze des Prozesses zu orientiren.

Vor der Exploration ist Mastdarm und Blase vollständig zu entleeren.

Am Schlusse meiner Arbeit sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Professor **Dr. v. Heineke** für die gütige Übernahme des Referates und Herrn Hofrath **Dr. Nebinger** für die Anregung zu diesem Thema sowie für die freundliche Unterstützung, die er mir bei meiner Arbeit hat angedeihen lassen, meinen tiefgefühltesten Dank auszusprechen.